



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ



**RAPPORT DE CERTIFICATION  
CENTRE HOSPITALIER  
INTERCOMMUNAL DE LA  
BAIE DE SOMME**

**33 quai du Romerel  
80230 SAINT VALERY SUR SOMME**

**OCTOBRE 2019**

# SOMMAIRE

<b>INTRODUCTION</b>	2
1. LES OBJECTIFS DE LA CERTIFICATION	2
2. LA CERTIFICATION V2014	2
3. LES NIVEAUX DE CERTIFICATION	3
<b>LEXIQUE ET FORMAT DU RAPPORT</b>	4
1. LEXIQUE DES TERMES UTILISÉS	4
2. LES FICHES PAR THÉMATIQUE	5
<b>PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT</b>	6
<b>DECISION DE LA HAUTE AUTORITE DE SANTE</b>	8
1. DÉCISION DE CERTIFICATION	8
2. AVIS PRONONCÉS SUR LES THÉMATIQUES	8
3. BILAN DES CONTRÔLES DE SÉCURITÉ SANITAIRE	8
4. PARTICIPATION AU RECUEIL DES INDICATEURS GÉNÉRALISÉS PAR LA HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ	8
5. SUIVI DE LA DÉCISION	8
<b>PROGRAMME DE VISITE</b>	9
1. LISTE DES THÉMATIQUES INVESTIGUÉES	9
2. LISTE DES ÉVALUATIONS RÉALISÉES PAR LA MÉTHODE DU PATIENT-TRACEUR	9
<b>PRÉSENTATION DES RÉSULTATS PAR THÉMATIQUE</b>	10
MANAGEMENT DE LA QUALITÉ ET DES RISQUES	11
GESTION DU RISQUE INFECTIEUX	15
DROITS DES PATIENTS	19
PARCOURS DU PATIENT	22
DOSSIER PATIENT	27
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE MÉDICAMENTEUSE DU PATIENT	30

# INTRODUCTION

## 1. Les objectifs de la certification

La certification mise en œuvre par la Haute Autorité de santé a pour objet d'évaluer la qualité et la sécurité des soins dispensés et l'ensemble des prestations délivrées par les établissements de santé. Elle tient compte notamment de leur organisation interne et de la satisfaction des patients.

Il s'agit d'une procédure obligatoire qui intervient périodiquement tous les 4 ans.

La certification consiste en une appréciation globale et indépendante de l'établissement afin de favoriser l'amélioration continue des conditions de prise en charge des patients. Elle s'attache plus particulièrement à évaluer l'existence et la maturité de projets relatifs à la qualité et à la sécurité et en conséquence, la capacité de l'établissement à identifier et maîtriser ses risques et à mettre en œuvre les bonnes pratiques.

Pour conduire son évaluation, la Haute Autorité de santé se réfère à un référentiel qu'elle a élaboré : le Manuel de certification publié sur son site internet. La version du Manuel de certification applicable est celle en vigueur à la date de la visite.

Si elle ne se substitue pas aux inspections et contrôles de sécurité sanitaire diligentés par les autorités de tutelle, la certification fournit aux ARS une évaluation externe qualifiée sur le niveau de maturité des différentes composantes de la qualité et de la sécurité des soins des établissements de santé.

Elle est une certification globale et non une certification de toutes les activités de l'établissement. En effet, le dispositif mis en place (référentiel général, visite non exhaustive, experts-visiteurs généralistes) porte sur le fonctionnement global de l'établissement et n'a pas vocation à analyser spécifiquement le fonctionnement de chaque secteur d'activité.

## 2. La certification V2014

Le développement d'une démarche d'amélioration de la qualité et de la sécurité dans les établissements de santé nécessite une étape première de développement d'une culture partagée et d'une maîtrise des processus transversaux clés pour la qualité et la sécurité des soins.

Avec la V2014, la certification évalue :

- l'existence d'un système de pilotage de l'établissement pour tout ce qui a trait à l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins et des prises en charge dans chacun des secteurs d'activité ;
- les résultats obtenus mesurés par l'atteinte d'un niveau de qualité et de sécurité sur des critères jugés essentiels à savoir les « pratiques exigibles prioritaires » (PEP).

Ce double regard permet à la certification de s'adapter aux diverses situations des établissements et offre à ces derniers un diagnostic régulier favorisant l'actualisation des plans d'actions d'amélioration, tant sur les aspects managériaux que sur les aspects opérationnels.

Pour la V2014, la HAS a choisi une approche par thématique. Une liste de thématiques a été établie qui fait la correspondance avec les critères du Manuel de certification.

Pour chaque établissement, la Haute Autorité de santé établit un programme de visite comprenant :

1. Des audits sur :

- des thématiques communes à tous les établissements de santé ;
- des thématiques spécifiques à l'établissement définies par la HAS après analyse du compte qualité de l'établissement, du document d'interface HAS-établissement-Tutelles et de toute autre information dont elle a eu connaissance.

• et, par exception, sur des thématiques supplémentaires ajoutées en visite dans le cas où un dysfonctionnement est observé sur une thématique non inscrite au programme initial de visite.

2. Des investigations selon la méthode du patient-traceur : cette dernière permet d'évaluer la prise en compte des critères de la certification dans le registre de la prise en charge réelle d'un patient.

Le présent rapport rend compte de l'évaluation réalisée par les experts-visiteurs sur l'existence d'un système de pilotage de l'établissement pour ce qui a trait à l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins et des prises en charge dans chacun des secteurs d'activité (avec une obligation de résultat sur des critères jugés prioritaires - les PEP) ainsi que sur la maturité des démarches qualité risques, en particulier leur déploiement au plus près des équipes et de la prise en charge des patients.

Etabli après une phase contradictoire avec l'établissement, le rapport de certification est transmis à l'autorité de tutelle. Il est rendu public.

### 3. Les niveaux de certification

Sur chaque thématique investiguée en visite, la Haute Autorité de santé peut prononcer :

- des recommandations d'amélioration,
- des obligations d'amélioration,
- des réserves.

Les recommandations d'amélioration, les obligations d'amélioration et les réserves traduisent le niveau de maturité de chaque thématique évaluée c'est-à-dire la capacité de l'établissement à maîtriser les risques identifiés, à atteindre les objectifs de la thématique et à fonctionner selon un dispositif d'amélioration continue. La maturité de chaque thématique est fondée sur les conformités et écarts identifiés au cours de la visite de certification, pour chaque sous-étape du « PDCA » ; l'ensemble répondant à la définition d'un niveau de maturité objectivé dans une grille de maturité établie par la HAS.

Dans certaines situations, les recommandations d'amélioration, les obligations d'amélioration et les réserves peuvent traduire l'existence d'une situation à risque pour les personnes non maîtrisée par l'établissement.

Au final, la HAS décide, les niveaux de certification suivants :

- une décision de certification (A),
- une décision de certification assortie d'une ou plusieurs recommandations d'amélioration (B) sur les thématiques investiguées en visite,
- une décision de certification assortie d'une ou plusieurs obligations d'amélioration (C) (et d'éventuelles recommandations d'amélioration) sur les thématiques investiguées en visite,
- une décision de non-certification (E).

La HAS peut également décider de surseoir à statuer pour la certification (D) en raison de réserves sur les thématiques investiguées en visite, ou d'un avis défavorable à l'exploitation des locaux rendu par la commission qui en est chargée dans chaque département.

# LEXIQUE ET FORMAT DU RAPPORT

## 1. Lexique des termes utilisés

Audit de processus : <i>Sigle AP</i>	Méthode qui consiste à évaluer le management, l'organisation et la mise en œuvre effective d'un processus (une des thématiques V2014) afin de mesurer sa conformité aux exigences et sa capacité à atteindre les objectifs. Mené selon la logique du « PDCA », l'audit de processus analyse les contributions respectives des responsables du processus et des acteurs de terrain, la manière dont le management mobilise les équipes opérationnelles, mais également la capacité des équipes opérationnelles à rétroagir sur les pilotes du processus.
Conformité	Satisfaction à une exigence portée par la thématique et référencée au manuel.
Ecart	Non satisfaction d'une exigence portée par la thématique et référencée au manuel. Chaque écart est étayé d'une preuve et de sa source.
Élément d'investigation obligatoire	Élément-clé d'une thématique nécessitant une investigation obligatoire par l'expert-visiteur et une mention systématique dans le rapport qu'il s'agisse d'une conformité ou d'un écart.
Maturité	Traduction, pour chacune des sous-étapes du PDCA des thématiques investiguées, du niveau atteint par l'établissement dans la maîtrise de la définition et de la structuration de son organisation, de la mise en œuvre opérationnelle et de la conduite des actions d'évaluation et d'amélioration. On distingue 5 niveaux de maturité : fonctionnement non défini, de base, défini, maîtrisé, optimisé.
Méthode PDCA <i>Sigle P / D / C / A</i>	Sigle représentant la Roue de Deming ou le cycle d'amélioration continue de la qualité : <ul style="list-style-type: none"> <li>- P = Plan : prévoir</li> <li>- D = Do : réaliser</li> <li>- C = Check : évaluer</li> <li>- A = Act : agir ou réagir</li> </ul>
Objectifs et programme de visite	Les objectifs de visite, établis en amont de la visite par la HAS, consistent à contextualiser les audits sur des thématiques communes à tous les établissements, motiver le choix des audits sur des thématiques spécifiques à l'établissement (1 à 3 audits) et définir les investigations selon la méthode du patient-traceur. Cela se traduit, pour chaque établissement, par l'élaboration d'un programme de visite.
Patient traceur : <i>Sigle PT</i>	Méthode d'évaluation rétrospective qui consiste, à partir d'un séjour d'un patient hospitalisé, à évaluer les processus de soins, les organisations et les systèmes qui concourent à sa prise en charge.
Preuve	Justification de l'écart, c'est-à-dire ce qui a été observé ou entendu au travers des différents entretiens, visites terrain ou patient traceur.
Qualification des écarts	Niveau de criticité de l'écart identifié et conformité en synthèse collective. Il existe en 3 niveaux de qualification : <ul style="list-style-type: none"> <li>- <u>Point sensible</u> : <ul style="list-style-type: none"> <li>o Ecart qui n'entraîne pas de risque direct pour le patient ou les professionnels.</li> <li>o Ou, écart qui n'entraîne pas de risque de rupture de système (par exemple, par manque d'antériorité, de structuration et/ou d'appropriation).</li> </ul> </li> <li>- <u>Non-conformité</u> : <ul style="list-style-type: none"> <li>o Ecart entraînant un risque direct pour le patient ou les professionnels</li> <li>o Ou, écart indiquant une rupture du système.</li> </ul> </li> <li>- <u>Non-conformité majeure</u> : <ul style="list-style-type: none"> <li>o Ecart indiquant des faits ou manquements mettant en jeu la sécurité des patients ou des professionnels de manière grave et immédiate et pour lequel il n'existe aucune mesure appropriée de récupération ou d'atténuation</li> <li>o Ou, absence ou défaillance totale du management d'une activité sur une thématique donnée.</li> </ul> </li> </ul>
Référentiel applicable	Exigences du manuel de certification, incluant la réglementation et les éléments issus du processus décisionnel de la HAS.

## 2. Les fiches par thématique

Chaque fiche est constituée de deux parties :

**2.1 La caractérisation générale** qui précise la problématique de la thématique. Cette partie, élaborée par la HAS, est identique pour tous les établissements de santé.

**2.2 Les résultats de l'établissement :**

- a. **Une représentation graphique** permet à l'établissement de visualiser son niveau de maturité à partir des colorations obtenues et d'évaluer sa marge de progrès.
- b. **Une synthèse générale sur le niveau de maîtrise de la thématique.** Rédigée selon les étapes du PDCA, elle présente les conformités et les écarts observés lors de l'audit processus et intègre le cas échéant, les constats des évaluations par patient-traceur.
- c. **Un tableau des écarts** qui recense l'ensemble des écarts relevés, tels qu'énoncés dans la synthèse. Chaque écart y est qualifié et rattaché au référentiel applicable. **Non publié**, ce tableau n'est à disposition que de l'établissement qui peut ainsi savoir précisément, ce qui doit être amélioré.

## PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT

SSR CHIBS SAINT-VALERY-SUR-SOMME	
Adresse	33 quai du romerel 80230 Saint Valery Sur Somme
Département / région	SOMME / HAUTS-DE-FRANCE
Statut	Public
Type d'établissement	Centre Hospitalier

Liste des établissements rattachés à cette démarche			
Type de structure	FINESS	Nom de l'établissement	Adresse
Entité juridique	800000135	CENTRE HOSPITALIER INTERCOMMUNAL DE LA BAIE DE SOMME	Rue du 8 mai 1945 80120 RUE
Etablissement de santé	800000507	SSR CHIBS SAINT-VALERY-SUR-SOMME	33 quai du romerel 80230 Saint Valery Sur Somme
Etablissement de santé	800009425	USLD CHIBS SAINT-VALERY-SUR-SOMME	33 quai du romerel 80230 Saint Valery Sur Somme

Activités		
Type de prise en charge	Activités	Nombre de lits d'hospitalisation
MCO	Médecine	25
SLD	SLD	98
SSR	SSR	57

**Secteur faisant l'objet d'une reconnaissance externe de la qualité** /

### Réorganisation de l'offre de soins

Coopération avec d'autres établissements	GHT Somme Littoral Sud Union Régional des Soins Palliatifs de PICARDIE
Regroupement / Fusion	Direction commune avec le CH d'Abbeville depuis le 1er février 2018

Arrêt et fermeture d'activité	/
Création d'activités nouvelles ou reconversions	/



# DECISION DE LA HAUTE AUTORITE DE SANTE

## 1. Décision de certification

Au vu des éléments mentionnés dans le présent rapport, issus de la visite sur site, la Haute Autorité de santé décide la certification de l'établissement avec obligation d'amélioration (C).

## 2. Avis prononcés sur les thématiques

### Obligation d'amélioration

Parcours du patient

### Recommandation d'amélioration

Management de la qualité et des risques

## 3. Bilan des contrôles de sécurité sanitaire

Les données relatives aux contrôles et inspections réalisés au sein de l'établissement ont été transmises par l'établissement et sont publiées au sein du présent rapport. Elles ont été visées par l'Agence Régionale de Santé.

## 4. Participation au recueil des indicateurs généralisés par la Haute Autorité de santé

La participation de l'établissement au recueil des indicateurs de la Haute Autorité de santé est effective.

## 5. Suivi de la décision

L'établissement transmettra à la Haute Autorité de santé un compte qualité supplémentaire dans un délai de 6 mois, indiquant les actions correctives conduites sur l'ensemble de ses obligations d'amélioration. Au terme de l'analyse de ce compte qualité supplémentaire, la HAS peut décider la certification de l'établissement éventuellement assorties de recommandations d'amélioration ou d'organiser une visite de suivi sur les obligations d'amélioration définies dans le rapport de certification.

# PROGRAMME DE VISITE

La Haute Autorité de santé a défini des objectifs de visite, établis sous forme d'une liste de thématiques à auditer et de patients-traceur à réaliser.

Seuls les audits de processus inscrits dans les objectifs de visite font l'objet du présent rapport.

Dans le cas où un dysfonctionnement est observé en cours de visite sur une thématique non inscrite au programme de visite, les experts-visiteurs peuvent conduire des investigations supplémentaires et ajouter cette thématique au programme.

## 1. Liste des thématiques investiguées

MANAGEMENT
Management de la qualité et des risques
Gestion du risque infectieux
PRISE EN CHARGE
Droits des patients
Parcours du patient
Dossier patient
Management de la prise en charge médicamenteuse du patient
FONCTIONS SUPPORTS

## 2. Liste des évaluations réalisées par la méthode du patient-traceur

PT	Population	Secteurs d'activité / services	Pathologie	Mode d'entrée	Type de parcours	PEC
1	Adulte H ou F	Médecine	addictologie	programmé	simple	MCO
2	personne âgée	SSR	Affections de la personne âgée polypathologique	programmé	Complexe	SSR
3	Personne âgée	SLD	A définir	Transfert ou mutation	Complexe	SLD

## **PRÉSENTATION DES RÉSULTATS PAR THÉMATIQUE**

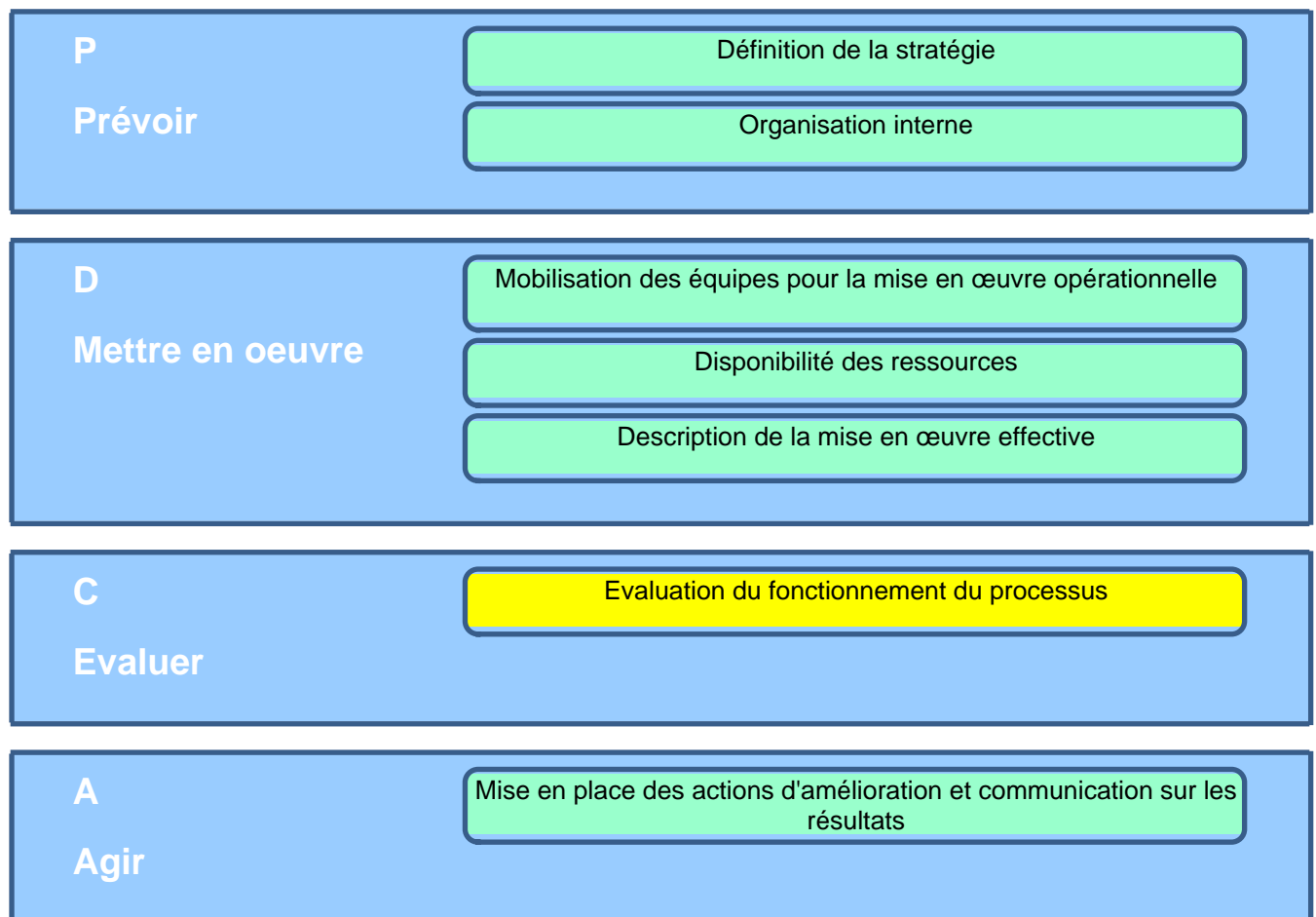
# MANAGEMENT DE LA QUALITÉ ET DES RISQUES

## 1. Caractérisation générale

L'évaluation de cette thématique vise à s'assurer que l'établissement a mis en place une démarche globale, collective, organisée et suivie de gestion de la qualité et des risques. L'établissement doit montrer que sa démarche n'est pas liée uniquement à des actions immédiates et correctives liées à des événements indésirables, une situation de crise ou à l'actualité, mais fondée sur une approche systémique de la qualité et des risques et intégrée au projet managérial. De plus, cette démarche globale doit intégrer la préparation aux situations sanitaires exceptionnelles dans le cadre du plan blanc.

## 2. Résultats de l'établissement

### a. Représentation graphique



P / PRÉVOIR

**DÉFINITION DE LA STRATÉGIE**

Le GHT Somme Littoral Sud a souhaité porter une démarche synchronisée sur des thématiques : Management de la qualité/gestion des risques, parcours patient, dossier patient et identito-vigilance sans les avoir intégrés à la convention constitutive et le projet médical partagé, signés en Juin 2016.

La démarche qualité du Centre Hospitalier de la Baie de Somme (CHIBS) bénéficie d'un double pilotage au niveau de l'établissement mais également au niveau du GHT dans le cadre de la démarche synchronisée autour de l'ensemble de l'établissement support le CHU d'Amiens mais également des 9 établissements membres.

Dans ce cadre, le Groupement Hospitalier de territoire (GHT) Somme Littoral Sud a défini 6 objectifs :

- Définir un management qualité gestion des risques adapté
- Harmoniser le niveau de maturité des démarches qualité
- Accompagner le pilotage de l'offre de soins autour de filières identifiées
- Favoriser les bonnes pratiques et développer la qualité grâce à la diffusion d'une culture qualité dans le GHT
- Faire de la sécurité du patient une priorité
- Améliorer la prise en charge et impliquer les usagers

Le projet d'établissement 2018-2022 définit la démarche qualité institutionnelle du CHIBS sur le développement de 3 axes :

- Améliorer la qualité et la sécurité de la prise en charge des patients à travers un management par la qualité et la gestion des risques performant
- Renforcer la culture qualité et gestion des risques auprès des professionnels
- Impliquer les usagers dans l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins

Le CHIBS a élaboré une politique qualité qui développent l'engagement institutionnel sur 11 thématiques.

Le compte qualité a été défini au regard des cartographies de risques hiérarchisés selon une méthodologie commune et institutionnelle pour favoriser les actions les plus structurantes.

Les risques ont été déterminés selon les analyses des fiches événements indésirables (FEI), les CREX, les audits, les patients traceurs, les indicateurs IQSS et les recommandations des visites précédentes V2014 par le responsable qualité en association avec les pilotes de thématiques.

Le compte qualité a été validé par les instances concernées : la commission médicale d'établissement et la commission des usagers.

**ORGANISATION INTERNE**

Le pilotage opérationnel au niveau de la GHT et dans le cadre des thématiques synchronisées de la démarche qualité est confié à un groupe de travail spécifique inter-établissement dont les missions sont le pilotage de la qualité au sein du GHT, l'accompagnement du déploiement de la démarche dans le respect de l'objectif stratégique fixé (filières, égalité d'accès aux soins sur le territoire...) et l'accompagnement des groupes médico soignants missionnés pour structurer les filières de soins du GHT. Le CHIBS participe au pilotage de la thématique GHT par la désignation de son animateur qualité au sein de ces groupes.

Le CHIBS a mis en œuvre une forte structuration du pilotage opérationnelle de la démarche qualité au regard des constats faits par la précédente visite de certification. Le CHIBS a élaboré un Programme d'Amélioration de la Qualité et de la Sécurité des Soins (PAQSS) qui définit des actions au regard des risques identifiés et priorités, désigne un pilote de l'action, une échéance et des indicateurs de suivi.

Les pilotes des thématiques ont été désignés en fonction de leur expertise avec l'objectif d'un pilotage médico-soignant. Des fiches de missions sont disponibles dans la gestion documentaire. Une formation spécifique des pilotes a été mise en place au CHU d'Amiens dans le cadre du GHT.

Un Comité de Pilotage Qualité est chargé de piloter la démarche qualité/gestion des risques dans sa globalité. Une commission des Vigilances et des Risques (COVIRIS) a été mise en place avec pour mission de coordonner les risques, d'analyser les dysfonctionnements et d'arbitrer les actions correctives.

Le coordonnateur de la gestion des risques liés aux soins est désigné : le responsable qualité qui est également le cadre supérieur de santé/directeur des soins. Il bénéficie d'une fiche de mission qui détaille les objectifs, les moyens affectés et les modalités d'évaluation sans mention de temps dédié à cette mission spécifique.

Les plaintes et réclamations font l'objet d'un suivi au niveau de la direction et la coordination avec le PAQSS est assurée par le responsable qualité qui siège au COPIL Qualité et à la Commission des Usagers en qualité de vice-président.

Au regard de ses missions et des risques identifiés, le CHIBS organise les ressources humaines, matérielles et documentaires nécessaires à l'atteinte des objectifs fixés.

## D / METTRE EN OEUVRE

### MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Le cadre de service est le pivot pour la déclinaison de la démarche qualité vers les professionnels des unités. Le cadre est le relai du COPIL Qualité pour la mise en œuvre sur le terrain de la démarche qualité et notamment les plans d'action de chaque thématique.

Les réunions de service, les staffs sont l'occasion de la diffusion des bonnes pratiques et d'échanges sur les actions à mettre en œuvre entre l'ensemble des professionnels. De nombreux référents, experts dans un domaine, sont désignés au sein des unités et sont les interlocuteurs de la cellule qualité.

Toutefois, la réalité de terrain montre que les équipes soignantes, en dehors des référents, n'ont pas été totalement associées à la démarche qualité. En effet, lors des parcours les experts visiteurs ont vérifiés que les personnels n'étaient pas associés à la définition des risques et des plans d'actions. La culture qualité est peu effective au sein de l'établissement. La démarche qualité est récente dans sa structuration et sa formalisation ce qui peut expliquer une acculturation non aboutie sur la démarche qualité encore à développer auprès des professionnels malgré les visites et le suivi, au nombre de 3, dans le cadre de la démarche V2014.

### DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les ressources en compétences tant pour les effectifs que pour la formation continue ou qualifiante sont disponibles dans les secteurs. De même, les locaux et équipements sont conformes à l'activité de l'établissement.

La gestion documentaire est totalement informatisée et accessible en temps utile à l'ensemble des professionnels pour ce qui concerne les procédures, les protocoles, les comptes rendus .... De même, tous les professionnels de santé ont accès dans leurs fonctions à un dossier patient informatique.

### DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

L'ensemble des professionnels sont sensibilisés à la déclaration des événements indésirables et le dispositif est connu de tous. L'ensemble des FEI est examiné par la cellule qualité de façon hebdomadaire une rencontre cadres/direction qualité et des acteurs associés selon les thématiques ont pour mission d'effectuer une analyse et évoquer des actions correctives. La mobilisation autour de ce dispositif a permis une augmentation sensible de déclarations passant de 293 en 2017 à 670 en 2018.

Une EPP chute est en cours depuis Octobre 2018 au sein du GHT Somme Littoral Sud avec la participation de 9 établissements. Il s'agit d'une évaluation croisée afin d'établir un état des lieux au sein de chaque établissement et permettre d'harmoniser les pratiques, les protocoles et d'élaborer des modalités communes. Le bilan de cette EPP sera effectué lors d'une séance de restitution prévue au CHU d'Amiens le 27 Juin 2019. Dans le cadre du GHT, un audit croisé sur l'identitovigilance sera déployé à partir de juin 2019.

Des CREX sont déployés en fonction de l'analyse des FEI notamment ou lors d'incident grave. Dans le cadre de la dynamique GHT, un CREX transversal est en cours entre le CHIBS et le Centre Hospitalier d'Abbeville et un tableau de suivi des actions est opérationnel.

Les événements indésirables graves (EIG) font l'objet d'un traitement spécifique par le comité des événements indésirables avec proposition de CREX ou REMED suivant les situations de prise en charge à traiter. L'effectivité de ces déclarations a été remise en cause par l'ARS et l'établissement a revu les modalités des déclarations EIG, notamment sur les erreurs médicamenteuses, qui ont été signalées avec rétroactivité : l'établissement a modifié son dispositif pour assurer l'effectivité des déclarations comme l'indique le compte rendu du groupe FEI en date du 13 Mai 2019.

L'établissement participe activement à la semaine de la sécurité du patient et notamment à travers l'évaluation des pratiques dans le cadre d'un parcours dans la chambre des erreurs.

## C / EVALUER

### EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'évaluation de la démarche qualité se fait au fil de l'eau car la récente refonte du pilotage n'a pas permis de déterminer un dispositif formalisé avec modalités précises et périodicité définie.

L'établissement recueille les IQSS, indicateurs nationaux, met en œuvre des patients traceurs, des CREX internes ou inter établissements.

Les bilans annuels réglementaires des vigilances participent à l'évaluation de la démarche qualité : CLIN, CLUD, CLAN, commission des usagers...

Néanmoins, les modalités de l'évaluation de l'efficacité de la démarche qualité ne sont pas définies. En effet, la politique ne mentionne pas les modalités d'évaluation de la démarche dans sa globalité et notamment de son efficacité. De plus, la politique qualité datée du 31 Mars 2016 et validée, dans son effectivité, par l'actuel responsable qualité, n'a pas fait l'objet de réévaluation à ce jour malgré un changement de la gouvernance de la thématique. Lors des rencontres, il n'a pas été possible d'obtenir

des informations claires sur les modalités définies de la réévaluation.

## **A / AGIR**

### **MISE EN PLACE DES ACTIONS D'AMÉLIORATION ET COMMUNICATION SUR LES RÉSULTATS**

Suite à l'analyse des divers indicateurs, le PAQSS est réajusté au minimum annuellement et selon les besoins. La communication des résultats à destination des usagers est effectuée par l'affiche « grand public » présent dans les lieux communs de l'établissement. Pour le personnel, le logiciel qualité est un vecteur de transmission d'informations et accessible à tous.

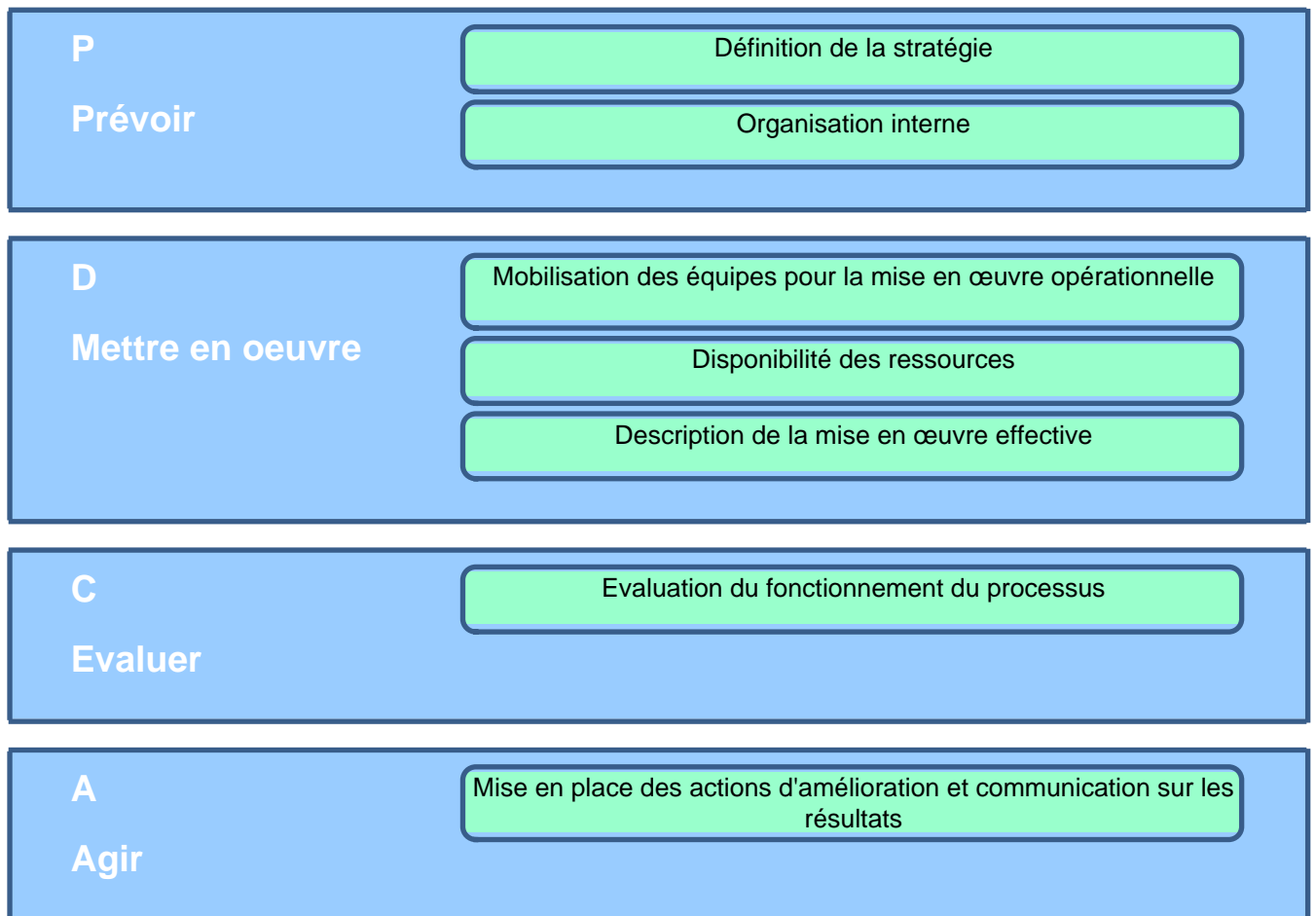
# GESTION DU RISQUE INFECTIEUX

## 1. Caractérisation générale

L'investigation de la thématique « Gestion du risque infectieux » vise à évaluer que l'établissement a établi et mis en œuvre un programme de maîtrise du risque infectieux adapté à son activité et en cohérence avec les objectifs nationaux. Ainsi, les activités à haut risque infectieux, telles que la réanimation, la néonatalogie, et les activités des secteurs interventionnels exigent un haut niveau de prévention et de surveillance. Le bon usage des antibiotiques doit permettre d'apporter le meilleur traitement possible au patient et de limiter l'émergence de bactéries résistantes. Il repose sur un effort collectif de l'ensemble des professionnels de santé. En outre, l'hygiène des locaux est un des maillons de la chaîne de prévention des infections nosocomiales.

## 2. Résultats de l'établissement

### a. Représentation graphique





## b. Synthèse générale

### P / PRÉVOIR

#### DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

La politique de lutte contre les infections nosocomiales du Centre Hospitalier Intercommunal de la Baie de Somme (CHIBS) datant de 2016 s'inscrit dans la politique Qualité et Gestion des Risques comprenant un volet relatif à l'amélioration de la sécurité des soins dont la lutte contre les infections associées aux soins. Elle est complétée par une procédure relative à l'antibiothérapie.

Un groupe de travail de référents en Hygiène a réalisé un descriptif du dispositif de lutte contre les infections nosocomiales et analysé les risques au regard de cette organisation. Les risques ont été identifiés en prenant en compte les rapports des 3 visites V2014, les déclarations d'EI, les recommandations émises par le CPIAS (Centre de prévention des infections associées aux soins), bilans d'activités du CLIN, les résultats des indicateurs nationaux du TBIN et les indicateurs propres à l'établissement.

Les risques identifiés ont été cotés à l'aide de la grille de cotation HAS à 5 niveaux. 6 risques, identifiés prioritaires, ont été intégrés au compte qualité et concernent le défaut de surveillance et de prévention des infections associées aux soins, le non respect des précautions standards et complémentaires, le manque de formation, le défaut de stratégie institutionnelle et le manque d'information du patient.

Un plan d'actions est établi ; il est validé et suivi par le CLIN, le COVIRIS (comité des risques et des vigilances), par la CME, et présenté à la CSSIRMT et à la CDU. Une actualisation annuelle est mise en œuvre et le programme est intégré dans le PAQSS institutionnel.

#### ORGANISATION INTERNE

Le pilotage du processus est assuré par le président du CLIN et l'IDE Hygiéniste en collaboration avec le groupe de référents en Hygiène composé de professionnels de chaque unité de soins (IDE, AS, ASH) et d'une préparatrice en pharmacie. Leurs missions sont formalisées. L'instance organisationnelle est le CLIN qui se réunit 3 fois par an; il établit annuellement un bilan des actions réalisées et un programme d'actions. L'établissement dispose d'un référent infectiologue.

Les besoins en formations sont définis tels que le bio nettoyage, formation des référents et des nouveaux arrivants. L'IDE hygiéniste à temps plein organise la mise en œuvre de la politique de prévention du risque infectieux et assure l'encadrement de l'équipe ASH.

Les procédures de surveillance et de prévention du risque infectieux sont définies et formalisées. Le bio nettoyage est organisé selon des procédures définissant les missions, les responsabilités, les protocoles et le suivi des actions (audits de bio nettoyage).

Les matériels et équipements nécessaires sont définis.

Les prélèvements de surface et d'eau sont organisés et réalisés selon un calendrier prédéterminé.

Le système d'information permet la transmission d'alerte et d'informations en temps compatible avec la prise en charge des patients et des risques professionnels.

Les interfaces avec le laboratoire, les unités de soins, sont opérationnelles. La pharmacie collabore avec l'infectiologue et les médecins prescripteurs à l'organisation du bon usage des antibiotiques.

Le responsable qualité et l'infirmière hygiéniste réalisent le recueil et le suivi des indicateurs.

### D / METTRE EN OEUVRE

#### MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

L'IDE hygiéniste conduit des actions d'évaluation en collaboration avec les référents et s'assurent de la conformité des pratiques.

Les professionnels sont informés des résultats des évaluations par les cadres lors de réunions de service, par les référents, par la publication des résultats dans la gestion documentaire informatisée ; ils déclarent les événements indésirables et sont associés aux actions correctives.

#### DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

L'établissement dispose de ressources en compétences et organise la formation des professionnels.

Le président du CLIN possède un DU d'antibiothérapie et prépare un DU d'Hygiène.

L'IDE hygiéniste exerce à temps plein depuis 2016 et possède un DU Hygiène ; elle assure la formation des professionnels de l'établissement notamment les nouveaux arrivants, formation Pic Line, hygiène des mains, précautions standards et complémentaires, bionettoyage.

Les référents Hygiène sont formés par le CCLIN Paris Nord.

Chaque année, l'IDE Hygiéniste organise la journée « Hygiène des mains » et « zéro bijou » ainsi que la réalisation d'une chambre des erreurs.

Des procédures concernant notamment le bionettoyage, les précautions standards et complémentaires, le

circuit du linge, le circuit des déchets, le carnet sanitaire , la gestion d'une épidémie sont accessibles dans la gestion documentaire informatisée par les professionnels.

Les matériels tels que des flacons de solution hydro-alcoolique, du matériel sécurisé, des tenues professionnelles, des équipements de protection individuels, du matériel adapté pour le bio nettoyage sont à disposition des professionnels. Les locaux de soins et de stockage sont adaptés au respect des procédures.

#### **DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE**

La prévention et la surveillance des infections en lien avec l'environnement sont mises en œuvre : bio nettoyage des sols et des locaux ainsi que l'hygiène de l'environnement immédiat du patient, contrôles micro biologiques de l'eau, des surfaces avec une traçabilité et la liste des destinataires des résultats. Le traitement du linge et des déchets est conforme aux bonnes pratiques.

La prévention et la surveillance des IAS (infections associées aux soins) sont mises en œuvre : hygiène des mains ,Précautions standards, Précautions complémentaires, Précautions lors des gestes invasifs, bon usage de l'antibioprophylaxie ,suivi de l'écologie bactérienne.

Des flacons de solutions hydro-alcooliques disponibles dans les différents secteurs d'activité sont utilisées et la consommation est suivie et diffusée par secteur.

Les professionnels utilisent des matériels sécurisés (cathéters, prélèvements )et portent des équipements de protection individuels si nécessaire. L'acquisition de Kits AES (Accidents d'Exposition au Sang) et d'aiguilles de Huber sécurisées est en cours de réflexion. En cas d'accident, les conduites à tenir sont définies, diffusées et appliquées.

Les patients porteurs d'infection sont identifiés et les modalités d'informations des professionnels mises en oeuvre (Dossier patient, laboratoire, pancartes) ; les patients sont informés de leur infection.

La réévaluation de l'antibiothérapie entre la 24ème et la 72ème heure est effective et tracée dans le dossier. Les règles concernant l'antibiothérapie probabiliste sont respectées (procédure d'antibiothérapie de 1ère intention) et les protocoles d'antibioprophylaxie sont appliqués conformément aux recommandations. La surveillance des BMR en lien avec le laboratoire est assurée. Le dispositif de signalement est opérationnel ainsi que le dispositif de gestion des épisodes épidémiques.

Les indicateurs nationaux sont suivis. Les résultats sont communiqués au CLIN, en CME et au COVIRIS et aux professionnels. Un affichage à destination du public est réalisé.

### **C / EVALUER**

#### **EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS**

Des évaluations du dispositif de gestion du risque infectieux et de bon usage des antibiotiques sont menées.

L'établissement assure le recueil des indicateurs du bilan LIN (ICALIN, ICABMR, ICATB et ICSHA)

L'IDE hygiéniste réalise des audits relatifs aux précautions complémentaires (audit du respect des procédures, audit de connaissance des procédures), suivi des BMR, bon usage des antibiotiques et évaluation du bionettoyage (audit de connaissance des procédures, audit des pratiques , traçabilité), consommation de SHA par secteur, hygiène des mains, zéro bijou, chambre des erreurs

Le CLIN et le COPIL assurent le suivi des déclarations des évènements indésirables liés au risque infectieux.

### **A / AGIR**

#### **MISE EN PLACE DES ACTIONS D'AMÉLIORATION ET COMMUNICATION SUR LES RÉSULTATS**

L'ensemble des évaluations, les actions de formation, le suivi des indicateurs et les résultats est rassemblé par l'IDE hygiéniste et intégré dans le rapport annuel d'activité du CLIN. Les rapports sont validés par la CME et le COVIRIS.

L'information des professionnels est réalisée par l'encadrement et les référents par affichage, participation aux instances, réunions de service. La communication aux usagers est assurée en CDU et par affichage des résultats des indicateurs dans l'entrée de l'établissement.



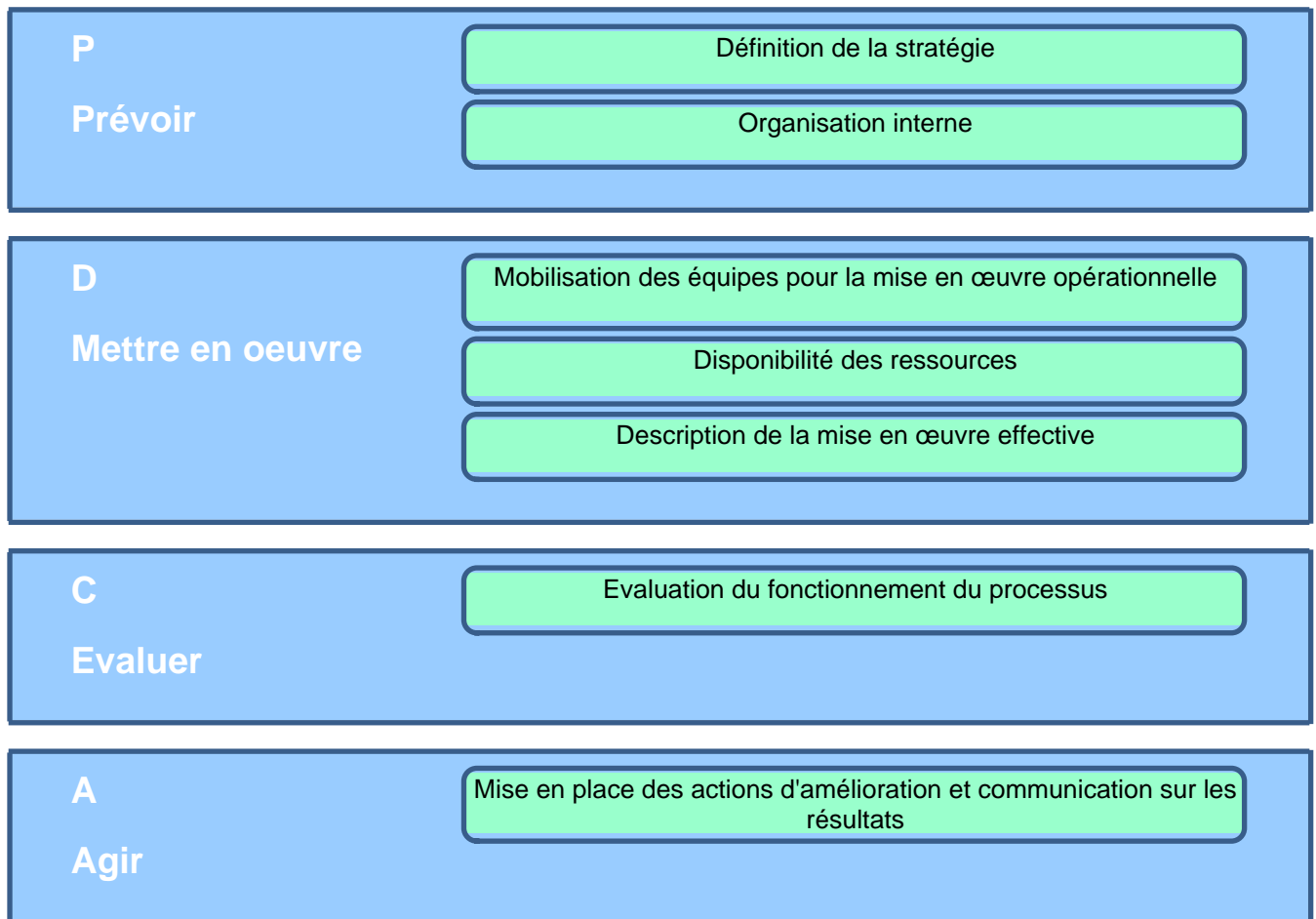
# DROITS DES PATIENTS

## 1. Caractérisation générale

L'évaluation de cette thématique vise à s'assurer que l'établissement a mis en place une démarche globale visant à garantir le respect des droits des patients, dimension essentielle de la qualité. La certification constitue ainsi l'un des leviers de la mise en œuvre de la loi n°2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé qui réaffirme un certain nombre de droits fondamentaux de la personne malade, notamment des droits relatifs au respect de l'intégrité et de la dignité de la personne et de la confidentialité des informations la concernant. Elle souligne l'obligation de respect des libertés individuelles.

## 2. Résultats de l'établissement

### a. Représentation graphique



**P / PRÉVOIR**

**DÉFINITION DE LA STRATÉGIE**

Le Centre Hospitalier Intercommunal de la Baie de Somme (CHIBS) définit ses missions au regard des besoins de la population et dans le cadre du GHT Somme Littoral Sud. Le projet d'établissement 2018-2022 décline dans le projet de soins des objectifs sur les droits des patients dans le contexte de la promotion de la bientraitance. La thématique droits des patients n'est pas une thématique développée communément au sein du GHT mais le droit des patients est en filigrane sur toutes les thématiques.

Le CHIBS a formalisé une politique des droits des patients qui identifie trois axes prioritaires :

- Respect du droit des patients
- Bientraitance
- Respect des patients en fin de vie

La Commission des Usagers est constituée et opérationnelle. Elle intervient dans les domaines spécifiques du droit des patients mais participe également à la démarche qualité de l'établissement.

Le compte qualité relatif aux droits des patients a identifié des risques à priori et à posteriori qui sont hiérarchisés au regard de la méthode HAS mais également selon les patients traceurs, les IQSS, les événements indésirables et les écarts constatés lors de la première visite

Le compte qualité a été défini en fonction des risques priorisés et en lien avec les actions du PAQSS validé par les instances. Le PAQSS identifie les actions au regard des risques hiérarchisés au nombre de 4.

**ORGANISATION INTERNE**

Les pilotes sont désignés et disposent d'une fiche de mission intégrée à la gestion documentaire et datée du 1er janvier 2019. Le pilotage de cette thématique a été repris par un nouveau pilote en 2018 avec une refonte des méthodologies et un appui sur le groupe de travail « droits des patients » également remanié à fin 2018 en raison des départs et afin d'apporter une dynamique supplémentaire en lien avec le nouveau pilotage du processus.

Le droit des patients est porté dans le cadre de la gestion des plaintes et réclamation par la direction qui pilote le dispositif et en assure le suivi.

Au regard de ses missions et des risques identifiés, l'établissement organise la réponse à ses besoins en ressources humaines, matérielles et documentaires nécessaires à l'atteinte des objectifs qu'il s'est fixés.

Le plan de formation institutionnel porte des formations sur des actions liées au droit des patients : la bientraitance, les dommages liés aux soins notamment.

L'établissement a élaboré une procédure des modalités d'informations en cas de dommages liés aux soins ainsi qu'un formulaire donnant aux personnels médicaux et soignants une trame pour la conduite de cet entretien et en assurer sa traçabilité.

Le CHIBS a élaboré une procédure sur la mise en place et la réévaluation d'une contention.

Les plaintes et réclamations font l'objet d'un dispositif identifié et géré par la direction bien qu'aucune plainte ou réclamations ne parviennent à l'établissement. L'établissement a désigné un médiateur médical et non médical susceptible d'être mobilisés en cas de besoin de conciliation.

**D / METTRE EN OEUVRE**

**MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE**

Les cadres sont chargés d'assurer la sensibilisation et le déploiement des bonnes pratiques en matière de droits des patients : il s'assure de la conformité des pratiques au regard des procédures et protocoles validés par les instances. Ils assurent l'interface avec la direction qualité.

Des actions correctives sont identifiées en cas de besoin.

**DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES**

Les ressources en compétence sont présentes et la documentation est accessible et disponible sur la gestion documentaire informatisée.

Dans le cadre de la GHT, des formations sont disponibles à l'ensemble des personnels des établissements membres.

Les informations sur les droits des patients sont affichées au sein des unités et accessible à tous les patients, aux familles et aux visiteurs.

L'information sur la commission des usagers fait l'objet d'un affichage au sein des services avec mention de l'identité des représentants des usagers.

Un formulaire permet au patient de désigner sa personne de confiance et de rédiger éventuellement ses directives anticipées.

De plus, le livret d'accueil énonce les droits des patients et les modalités concrètes de mise en œuvre.

Les locaux respectent la dignité et la confidentialité par une large offre de chambres individuelles et les

chambres à deux lits existants sont équipées de rideaux de séparation. Le confort est pris en compte par l'aménagement de salle de bain dans toutes les chambres.

#### **DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE**

Le secteur connaît l'organisation définie et met en oeuvre des protocoles et procédures établies pour le fonctionnement et la prise en charge du patient.

Le livret d'accueil est remis au patient dès son admission administrative au service clientèle. La personne de confiance est systématiquement recherchée.

Les personnels sont sensibilisés aux risques et les prescriptions sont systématiques.

L'accueil des familles est assuré par une disponibilité des professionnels de santé et des locaux spécifiques « salon des familles ». Un accompagnement personnalisé est possible par une psychologue dans certaines situations difficiles et notamment en secteur de soins palliatifs.

Le consentement du patient est recherché dans les actes thérapeutiques et auprès de la personne de confiance si l'état cognitif du patient le nécessite.

Le projet de soins personnalisé est réévalué au moins une fois durant le séjour dans le cadre des staffs pluridisciplinaires avec la participation du patient.

#### **C / EVALUER**

#### **EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS**

L'évaluation des droits des patients est mise en oeuvre par le bilan annuel de la commission des usagers notamment sur les plaintes et réclamations mais également par l'analyse des événements indésirables.

Les indicateurs nationaux IQSS sont recueillis notamment sur le projet de soins personnalisé et le projet de vie.

Une EPP chute est en cours au niveau du GHT Somme Littoral Sud dont les résultats seront diffusés à fin Juin.

Une EPP sur le droit des patients et les pratiques soignantes a été finalisé et les résultats diffusés.

#### **A / AGIR**

#### **MISE EN PLACE DES ACTIONS D'AMÉLIORATION ET COMMUNICATION SUR LES RÉSULTATS**

Le plan d'action sur la thématique du droit des patients fait l'objet d'un réajustement au regard des indicateurs suivis et analysés.

La communication institutionnelle est réalisée par l'affichage « grand public » et par le logiciel de gestion documentaire accessible à l'ensemble des personnels.

# PARCOURS DU PATIENT

## 1. Caractérisation générale

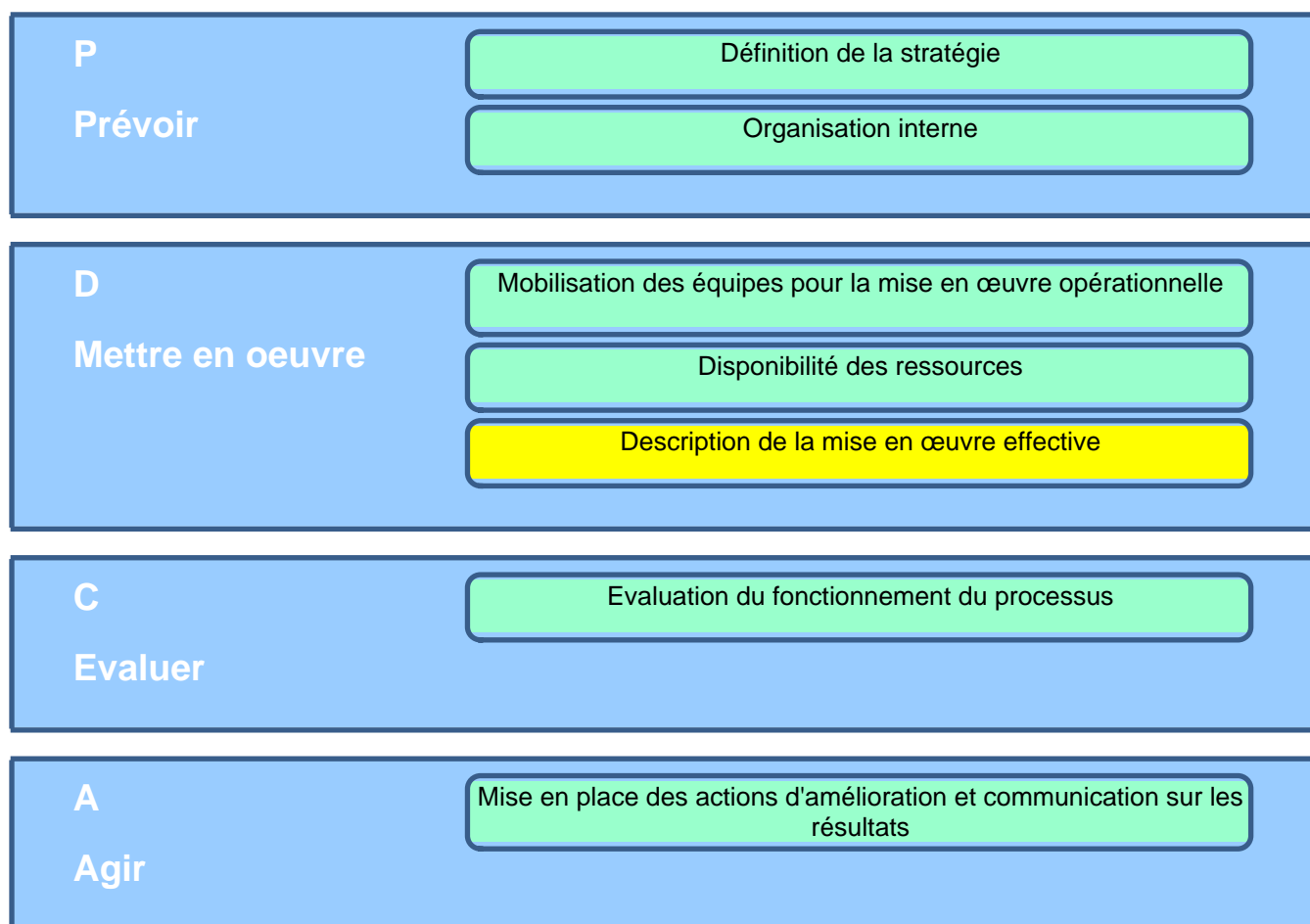
L'évaluation de cette thématique vise à promouvoir et organiser les parcours du patient en établissement de santé en ce qu'ils contribuent à améliorer la qualité de la prise en charge des patients et à améliorer l'efficacité des soins. Le parcours de soins concerne le management de l'établissement et des secteurs d'activités qui, en étroite collaboration :

- organise et prend en compte les besoins de la population aux différentes étapes (accueil, prise en charge diagnostique et thérapeutique, sortie ou transfert) de la prise en charge des maladies aiguës, des maladies chroniques, des populations spécifiques ;
- structure et formalise les liens avec les acteurs extérieurs à l'établissement en développant les interfaces avec les professionnels de ville, les autres établissements de santé et les établissements médico-sociaux ;
- évalue ces prises en charge.

Les professionnels des secteurs d'activités grâce à un travail en équipe pluri professionnel et interdisciplinaire mettent en place une démarche d'amélioration continue des prises en charge centrée sur le patient et son entourage.

## 2. Résultats de l'établissement

### a. Représentation graphique



Non défini
Fonctionnement de base
Défini
Maitrisé
Optimisé



**P / PRÉVOIR**

**DÉFINITION DE LA STRATÉGIE**

Le Centre Hospitalier Intercommunal de la Baie de Somme (CHIBS) fait partie du Groupement hospitalier de Territoire (GHT) Somme Littoral Sud. Dans ce cadre, le GHT a élaboré un projet médical et de soins partagé avec les différents établissements le composant centré sur 12 filières de prise en charge.

Il existe 3 secteurs dans l'établissement :

-Le secteur médecine de 25 lits accueille des patients à la demande des médecins traitants ou des établissements environnants; il comporte 8 lits identifiés soins palliatifs et 5 lits réservés à l'addictologie.

-Le secteur SSR est composé de 57 lits dont 12 lits réservés à la prise en charge des patients EVC (état végétatif chronique)

-Le secteur USLD pour les patients âgés nécessitant une surveillance constante et des soins infirmiers ; ce secteur comprend une unité fermée pour patients déambulants.

La politique de prise en charge du patient, centrée sur la prise en charge de la personne âgée au Centre Hospitalier Intercommunal de la Baie de Somme (CHIBS), est déclinée dans le projet d'établissement 2018-2022. Elle est élaborée en tenant compte des axes du programme régional de santé, des objectifs fixés dans le CPOM, des besoins sanitaires de la population, des ressources et savoirs-faire de l'établissement. Le projet médical et de soins du CHIBS est centré sur 4 types de prises en charge parmi les 12 du GHT (cancérologie et soins palliatifs, gériatrie, SSR et addictologie) ; les orientations stratégiques pour chacune des 4 filières ont pour objectif l'amélioration de l'accès et de la qualité des soins et l'efficacité du système de santé.

L'établissement a réalisé un descriptif et une analyse des risques dans le cadre de sa collaboration avec le GHT et dans le cadre du fonctionnement interne du CHIBS ; ils concernent toutes les phases du parcours du patient pour les filières concernées et sont basés sur une autoévaluation des pratiques existantes, la prise en compte des différents rapports de certification V2014 du CHIBS, des déclarations d'événements indésirables, des EPP , des indicateurs et des évaluations en cours.

Les risques identifiés ont été cotés à l'aide de la grille de cotation HAS à 5 niveaux. 10 risques pour le GHT et 9 risques pour le CHIBS, identifiés comme prioritaires ,ont été intégrés au compte qualité. Un plan d'actions est établi; il est validé et suivi par le COVIRIS (comité des risques et des vigilances) et par la CME, et présenté à la CSSIRMT et à la CDU.

**ORGANISATION INTERNE**

Les pilotes, pour coordonner la démarche qualité du parcours patient, sont le président de la CME et le cadre de santé du secteur sanitaire. Les rôles, responsabilités et missions des pilotes sont définis dans une fiche de missions. Un groupe de travail pluridisciplinaire assure le déploiement et la mise en œuvre des plans d'actions. Il est composé des 2 pilotes, du directeur, d'un IDE référent identité-vigilance et spécialisé en soins palliatifs, d'une IDE technicienne de l'information médicale. Le groupe de travail collabore également avec les comités spécifiques de la prise en charge du patient (CLIN, CLAN, CLUD et soins palliatifs ,Groupe urgences, plaies et cicatrisation, identité-vigilance, COMEDIMS..). Chaque comité élabore annuellement un programme d'actions et un bilan communiqués et validés par le COVIRIS et la CME. Le programme d'actions des comités est inclus dans le plan d'actions du parcours patient.

L'établissement prévoit les ressources humaines (effectifs, formations, compétences) nécessaires à l'activité. Des référents ASD et /ou IDE (douleur, hygiène, médicament, plaies et cicatrisation, urgences , dossier patient) sont nommés dans chaque unité .

Un plan de formation révisé annuellement prévoit la formation des professionnels.

L'établissement a défini des règles de présence et un système de gardes et d'astreintes afin d'organiser une permanence des soins 24h/24.

Il existe un processus d'intégration des nouveaux arrivants.

Les procédures et protocoles en lien avec le parcours du patient sont en place dans la gestion documentaire. Des protocoles de prise en charge des populations spécifiques (patients chuteurs, patients présentant un syndrome de fragilité, états végétatifs chroniques...) sont en place. La gestion des interfaces est organisée autour du dossier patient informatisé développé dans tous les secteurs.

**D / METTRE EN OEUVRE**

**MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE**

La mobilisation des professionnels est effective dans chaque secteur. Les pilotes du processus, les médecins, les cadres de santé, les référents s'assurent du respect des procédures et sensibilisent les professionnels sur les démarches, les actions d'améliorations et leurs avancées.

Les professionnels participent aux actions d'évaluation et d'amélioration menées, notamment dans le cadre des audits, CREX et EPP.

Les actions correctives sont réalisées en collaboration avec les professionnels concernés.  
Les résultats des actions et leur suivi sont communiqués aux professionnels via les réunions de services, les affichages, les comptes rendus de réunions et les résultats des évaluations insérés dans le logiciel de gestion documentaire.

### DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Le développement des compétences est assuré par la mise en œuvre du plan annuel de formation.  
Les professionnels médecins et soignants bénéficient de formation diplômantes sous forme de DU (gériatrie, douleur, soins palliatifs, plaies et cicatrisation, hygiène) en lien avec les spécificités des prises en charge.  
Des formations en intra ou en externes sont également organisées et concernent les troubles de la déglutition, la prise en charge des patients déments, la prise en charge de la fin de vie, la maltraitance de la personne âgée, les agressions par les résidents, le toucher relaxation, l'intimité de la personne âgée..)  
Un logiciel de gestion documentaire permet aux professionnels d'avoir un accès permanent aux documents, protocoles et procédures de l'établissement.  
En service d'addictologie, les professionnels ont élaboré des programmes d'activités thérapeutiques (vidéo, programme alcophare, sorties et repas thérapeutiques, ateliers éducatifs) permettant une prise en charge socio-psychologique du patient. Durant la visite, il est constaté que dans le service d'Addictologie, la présence des professionnels spécialisés dans la prise en charge en Addictologie n'est pas régulière ; la surveillance infirmière est assurée 24h/24 mais le patient ne bénéficie pas, chaque jour, d'activités thérapeutiques ou d'entretiens spécifiques faute de la présence quotidienne des professionnels spécialisés réalisant ces activités. Durant la visite, la prise en charge somatique du patient est assurée mais il a été constaté une absence des professionnels spécialisés dans la prise en charge en alcoologie durant 2 demi journées. L'impact pour le patient est une rupture dans le déroulement de son projet thérapeutique initial prévu pour 3 semaines.  
Les équipements et matériels informatiques en place facilitent l'accès au dossier patient informatisé par tous les professionnels au regard de leur autorisation.  
Les équipements nécessaires à la réalisation des différentes activités et en adéquation avec la prise en charge des patients accueillis sont installés et les maintenances associées sont prévues dans le système de GMAO.

### DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Toutes les prises en charge sont programmées. Les admissions en SSR sont pour la plupart réalisées sur la plateforme Trajectoire et les admissions en USLD sont faites sur le dossier Cerfa National.  
La continuité de la prise en charge médicale est garantie par la présence des médecins en journée, par des astreintes le soir et le week-end, par la présence des professionnels soignants 24h/24 et par une astreinte administrative  
Le dossier patient est informatisé. L'accès au dossier patient est organisé par profils métiers et est sécurisé par identifiant et mot de passe. Il permet la traçabilité et la coordination de la prise en charge du patient.  
L'identité du patient est vérifiée au service de l'accueil, dans l'unité de soins au moment de la pose du bracelet d'identification et ensuite lors de la réalisation des actes de soins conformément aux procédures en place.  
La gestion du traitement personnel du patient est organisée.  
Le recueil des données du patient en Médecine et SSR est réalisé à l'entrée dans le service et est tracé dans le dossier. En USLD, le recueil des données est sous format papier et son informatisation est en projet.  
A son arrivée, le patient bénéficie d'une évaluation médicale et infirmière. Le médecin recueille l'accord du patient (ou de sa famille) à son projet thérapeutique.  
Le risque suicidaire est évalué à l'entrée et si besoin un bilan psychologique est prescrit.  
Le patient peut bénéficier de prise en charge par la diététicienne, le psychologue, l'assistante sociale.  
Un staff pluridisciplinaire hebdomadaire a lieu en SSR et permet à l'équipe de suivre l'évolution de la réalisation des objectifs et de l'état de santé du patient. La traçabilité de ces réunions de synthèse n'est pas effective.  
La traçabilité des réunions de synthèse n'est pas réalisée dans le DPI. Lors de la visite, il a été constaté et confirmé par les professionnels que les réunions pluridisciplinaires et les décisions prises ne figurent pas dans le dossier ; En USLD, le bilan de l'état de santé du patient est revu toutes les 6 semaines mais le projet de vie du patient n'est pas formalisé. Le groupe de travail « Parcours du patient » a pour projet d'élaborer une trame de compte rendu applicable dans toutes les unités.  
L'accès à des avis spécialisés est facilité par les consultations avancées réalisées par des praticiens du GHT (gériatrie, cardiologie, gastroentérologie, addictologie).  
La rééducation est assurée, sur prescription, par des kinésithérapeutes et ergothérapeutes Les patients ont à disposition des matériels et un plateau de rééducation.  
La prise en charge de la douleur est effective et l'amélioration des pratiques est pilotée par le CLUD.  
Le suivi de l'indicateur national de dépistage des troubles nutritionnels est assuré et suivi par le CLAN.  
L'établissement a mis en œuvre un programme d'éducation thérapeutique validé par l'ARS relatif au dépistage des chutes, à la nutrition et à la iatrogénie médicamenteuse chez la personne âgée.  
Les locaux et les pratiques permettent l'accueil des familles dans les unités.

La prise en charge des patients en fin de vie est organisée et conforme aux recommandations . La présence de la famille est facilitée.

Les contentions font l'objet d'une prescription. Cependant, les prescriptions de contention ne font pas l'objet d'une définition de durée et de la périodicité de la réévaluation. En effet, les prescriptions ne mentionnent pas la durée de la contention ainsi que la périodicité et les modalités de la réévaluation. Lors du parcours, une prescription faite il y a 3 jours ne mentionnait aucune traçabilité d'une réévaluation malgré une contention toujours présente.

La prise en charge des urgences vitales est effective, tous les professionnels sont formés aux gestes d'urgence , les matériels sont à disposition et contrôlés.

La sortie est anticipée avec la collaboration de l'assistante sociale si nécessaire. La famille, les professionnels d'aval, sont inclus dans la décision de sortie ; les informations sont transmises en temps utile pour assurer la continuité de la prise en charge.

Ces observations sont confirmées lors de la réalisation des 3 patients traceurs réalisés durant la visite;

## **C / EVALUER**

### **EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS**

L'établissement assure régulièrement l'évaluation et le suivi de la mise en œuvre concernant la thématique du parcours.

L'établissement assure le suivi des fiches de déclaration des événements indésirables relatives au parcours du patient et réalise pour les événements indésirables graves des CREX (3 en 2018 et 2 en 2019) en interne et interétablissement dans le cadre du GHT.

Il suit également des indicateurs relatifs à l'identitovigilance et à la prise en charge de la douleur.

Le recueil et le suivi des indicateurs IQSS sont effectifs.

La satisfaction des patients est mesurée par des questionnaires de satisfaction.

La réalisation de patients traceurs (4 en 2018 et 2 en 2019) permet d'évaluer la globalité du processus.

Dans le cadre des EPP, des audits permettent de mesurer l'amélioration des pratiques (chariots et soins d'urgence, obstruction des voies aériennes supérieures, prise en charge de la douleur, prise en charge des ulcères et du pied diabétique, port du bracelet , règles de sécurisation de l'identité)

Dans le cadre des thématiques synchronisées au sein du GHT :

-une EPP ayant pour thème les chutes est en cours de réalisation.

- un audit des pratiques en matière d'identitovigilance sera réalisé en 09/2019.

## **A / AGIR**

### **MISE EN PLACE DES ACTIONS D'AMÉLIORATION ET COMMUNICATION SUR LES RÉSULTATS**

Les plans d'actions sont réajustés au fur et à mesure de leur réalisation et validés en COVIRIS. Les actions d'amélioration mises en œuvre sont intégrées et articulées avec le PAQSS de l'établissement.

Le suivi de la mise en œuvre des actions d'amélioration est réalisé par le groupe de travail, l'encadrement, le COVIRIS et la CME. Les résultats des évaluations sont communiqués aux professionnels par les pilotes, les cadres de santé, les référents et les responsables qualité. Les informations sont transmises par voie d'affichage, en cours de réunions et diffusés sur le logiciel de gestion documentaire. Les représentants des usagers en sont informés en CDU.

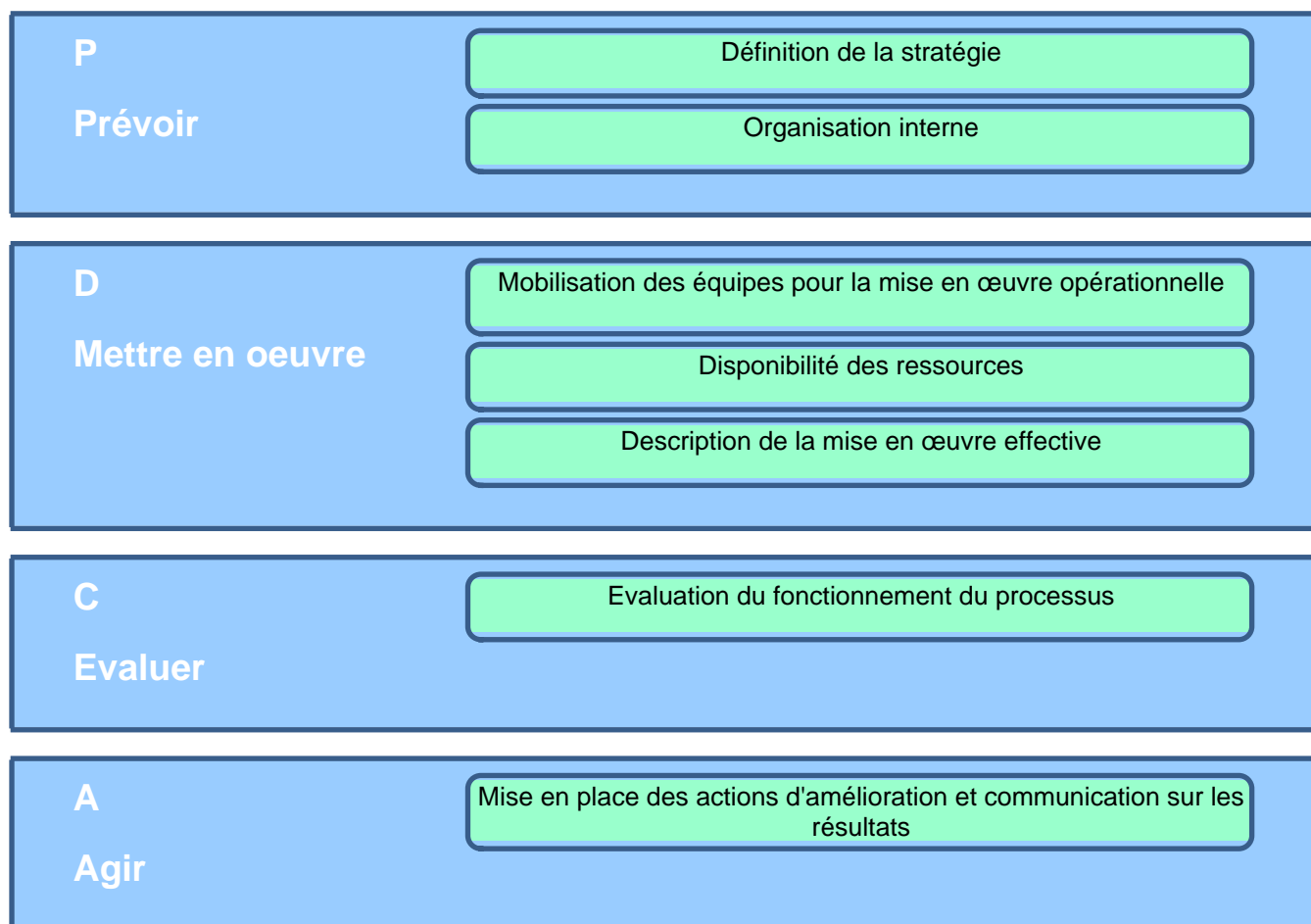
# DOSSIER PATIENT

## 1. Caractérisation générale

L'investigation de la thématique « Dossier patient » vise à évaluer que l'établissement a défini une organisation qui garantit que le dossier, outil central de partage des informations, assure la coordination des soins. Compte tenu de la multiplicité des intervenants autour du dossier du patient et de la complexité qui en résulte, une identification des risques inhérents à son utilisation doit contribuer à lui assurer sa fonction d'élément clé de la qualité et de la sécurité des soins dans le cadre de prises en charge pluri professionnelles et pluridisciplinaires. Ces approches se doivent d'intégrer l'accessibilité du patient à son dossier en référence à la réglementation en vigueur.

## 2. Résultats de l'établissement

### a. Représentation graphique



## b. Synthèse générale

### P / PRÉVOIR

#### DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

Le GHT Somme Littoral Sud a souhaité porté une démarche synchronisée sur 4 thématiques dont le dossier patient avec pour objectif d'assurer une cohérence et une sécurité du partage d'informations dans le cadre des filières GHT et notamment au regard de la diversité des logiciels de dossier patient.

Le groupe dossier patient du GHT a pour mission de suivre 7 projets structurants :

- Mise en conformité avec le RGPD
- Convergence technique des infrastructures
- Mise en place d'un Middleware de laboratoire
- Mise en place d'un serveur d'imagerie
- Convergence des logiciels de bloc opératoire, d'anesthésie et de réanimation
- Sérialisation des médicaments
- Plateforme Maincare – Prédice

Des risques ont été identifiées au regard de ces thématiques et le CHIBS est positionné et partie prenante, conformément à son activité, sur les risques :

- Risque de rupture dans la continuité de prise en charge lié à l'hétérogénéité des dossiers patients des différents établissements composant le GHT.
- Risque de rupture dans la continuité de prise en charge à la sortie du patient
- Risque de non-respect des règles de confidentialité
- Risque lié à une panne/inaccessibilité du DPI

Une politique du dossier patient, non datée, développe la stratégie, les risques identifiés, les objectifs, le pilotage et la communication ainsi que les modalités d'évaluation.

Les risques ont été identifiés selon la méthode déployée institutionnellement et hiérarchisés, intégrés au PAQSS institutionnel et articulé avec le compte qualité établissement et GHT.

Le PAQSS inclut 5 items déroulés en action avec un pilote, une échéance et des modalités de suivi.

#### ORGANISATION INTERNE

Le pilotage du processus de la gestion du dossier patient est assuré par le président de la CME, le cadre chargé de l'USLD et l'IDEC du SSIAD. Il dispose de fiches de missions.

Un groupe dossier patient/DPI a pour mission de piloter sur le terrain l'ensemble des modalités du dossier patient et s'assurer de l'effectivité du processus. Le CHIBS participe pour ce qui le concerne au groupe patient du GHT.

Au regard des besoins et des risques identifiés, l'établissement prévoit les ressources humaines nécessaires dont des référents. Les formations sont organisées et accessibles à tous professionnels qui doit avoir accès au logiciel DPI dans sa pratique.

Le dossier patient est informatisé. L'accès au dossier patient est organisé par profils métiers et est sécurisé par identifiant et mot de passe. Il permet la traçabilité et la coordination de la prise en charge du patient.

Le CHIBS a mis en place un dispositif en mode dégradé pour assurer la continuité de la prise en charge en cas de panne du système informatique bien que les sauvegardes soient assurées par des serveurs en miroir.

Pour ce qui concerne la gestion des doublons (2 identités semblables), une procédure est en réflexion mais non validée à ce jour.

De ce fait, la gestion des doublons n'est pas maîtrisée pour permettre d'assurer la sécurité de la prise en charge par la validation fiable d'une identité au DPI et consolider les absences de facturation de séjour.

### D / METTRE EN OEUVRE

#### MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Les référents dossier patient/DPI accompagnent les professionnels et en leur qualité de membre du groupe dossier patient/DPI assurent une complète information des professionnels sur le DPI et les objectifs de mutualisation au sein du GHT. Lors des parcours, les professionnels ont montré leur maîtrise du logiciel DPI.

Les responsables s'assurent de la conformité des pratiques par rapport aux dispositions prévues et informent les professionnels de leurs résultats. Des actions correctives sont identifiées en cas de besoin.

#### DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

L'ensemble des ressources en compétence (Réfèrent, informaticiens), matériel (PC disponible dans chaque salle de soins, sur les chariots de médicament..) et documentaire (GED informatisée) sont disponibles dans tous les secteurs.

Tous les nouveaux arrivants bénéficient de sensibilisation à l'utilisation du DPI lors de la journée officielle d'accueil des nouveaux arrivants.

Afin d'assurer la sécurité de l'accès au DPI, des habilitations ont été définies en fonction des profils métiers de chaque professionnel ainsi tous les accès sont subordonnés à une identification et un mot de passe. Une charte d'accès et d'usage du système d'information est en place.

#### **DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE**

L'ensemble des règles liées à l'utilisation du DPI font l'objet de procédures par métier ou fonctions disponibles dans la gestion documentaire.

Les différents acteurs de la prise en charge interviennent dans le DPI en fonction de leur profil et afin d'assurer la traçabilité des actes liés à la prise en charge des patients.

Les modalités de déploiement et la nouvelle réglementation du Règlement Générale de Protections des données (RGPD) est en réflexion au niveau du GHT pour l'ensemble des établissements.

Pour ce qui concerne l'archivage, la majorité des archives se font sur informatique. Cependant, les documents papier, scannés dans l'informatique, sont classés dans des dossiers et archivés dans des locaux sécurisés et conformes.

Le dossier patient n'est pas archivé de façon unique En effet, le dossier d'hospitalisation est archivé séparément du dossier de consultation. Lors d'une demande de dossier et en l'absence de la secrétaire médicale, mémoire du service, il est possible que le dossier remis au patient ne recouvre pas la réalité et la globalité de sa prise en charge. L'unicité du dossier patient n'est pas effective.

### **C / EVALUER**

#### **EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS**

L'établissement assure le recueil des indicateurs nationaux IQSS. De même, la méthode du patient traceur « éléments constitutifs des étapes de la prise en charge du patient » sont des éléments d'évaluation de la conformité des pratiques.

Les résultats de ces indicateurs sont analysés par le COVIRIS, la Commission des Usagers et la Commission Médicale d'Etablissement

### **A / AGIR**

#### **MISE EN PLACE DES ACTIONS D'AMÉLIORATION ET COMMUNICATION SUR LES RÉSULTATS**

Au regard des analyses le plan d'actions est réajusté dans le cadre du PAQSS institutionnel.

La communication est réalisée par affiche pour le public ou par le logiciel de gestion documentaire accessible à tous les professionnels.

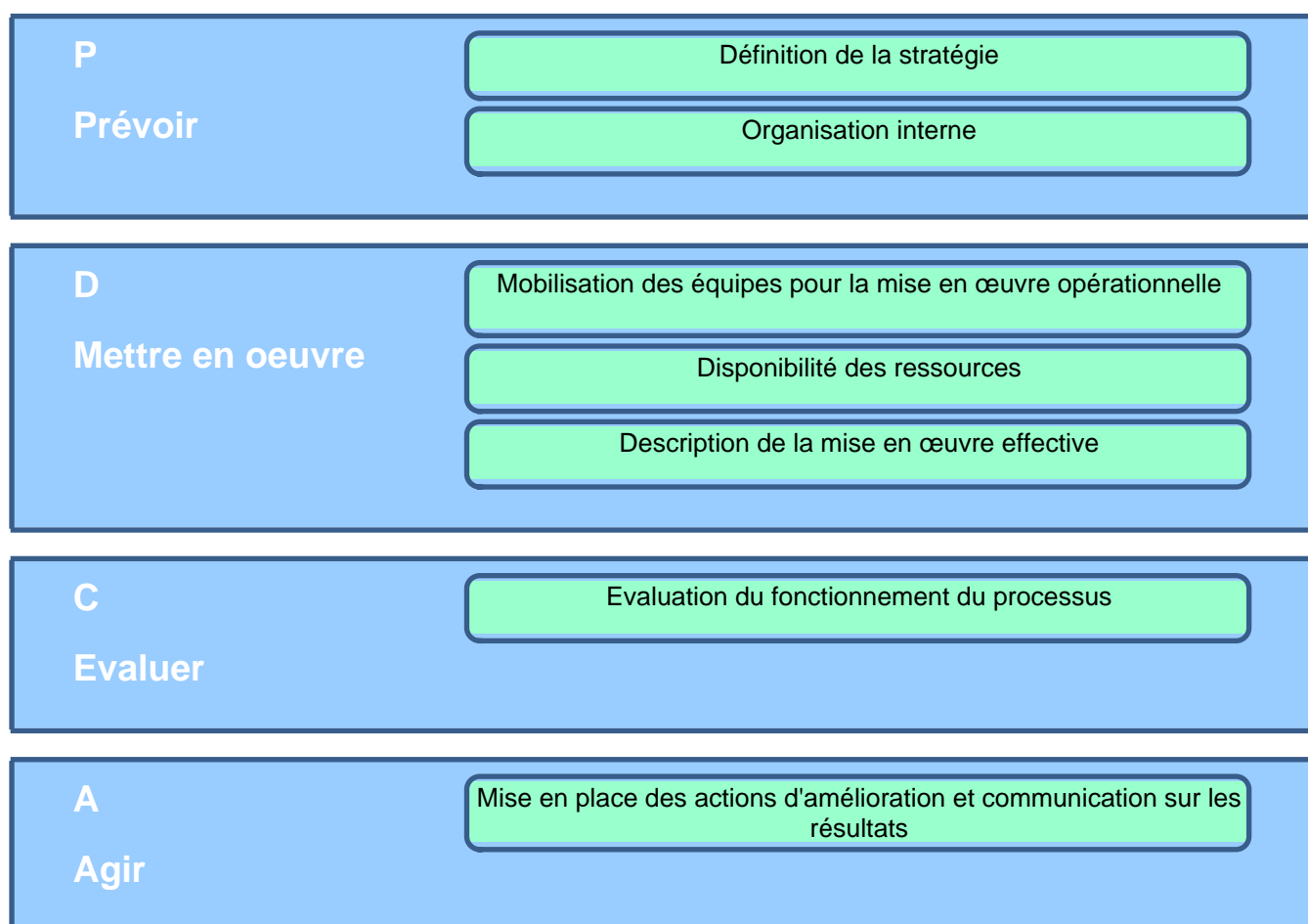
# MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE MÉDICAMENTEUSE DU PATIENT

## 1. Caractérisation générale

L'évaluation de cette thématique vise à s'assurer de la mise en place et du suivi par l'établissement d'une politique / programme d'amélioration de la sécurité et de la qualité de la prise en charge médicamenteuse visant la lutte contre la iatrogénie médicamenteuse, la pertinence et la continuité des traitements médicamenteux, par une approche concertée et pluridisciplinaire.

## 2. Résultats de l'établissement

### a. Représentation graphique



**P / PRÉVOIR**

**DÉFINITION DE LA STRATÉGIE**

La politique du médicament au Centre Hospitalier Intercommunal de la Baie de Somme (CHIBS) est formalisée dans le projet d'établissement 2018-2022 ; elle est centrée sur le développement de la pharmacie clinique, la formation des professionnels et l'efficacité de la prise en charge médicamenteuse de la personne âgée. Elle s'inscrit dans la politique d'amélioration continue de la qualité et de la gestion des risques de l'établissement. L'établissement a signé avec l'ARS un contrat d'amélioration de la qualité et de l'efficacité des soins (CAQES) en décembre 2017 fixant les objectifs annuels en matière de bon usage des médicaments.

L'établissement a procédé à une analyse des risques en groupe pluri-professionnel concernant toutes les phases de la prise en charge médicamenteuse en s'appuyant sur les remarques formulées dans les 3 rapports de la certification V2014, les objectifs et le suivi du CAQES, les déclarations d'événements indésirables, les résultats des indicateurs nationaux, les EPP et les évaluations internes en cours.

Les risques identifiés ont été hiérarchisés à l'aide de la grille de cotation HAS à 5 niveaux. 8 risques identifiés comme prioritaires ont été intégrés au Compte qualité.

Un programme d'actions est établi, intégré dans le PAQSS de l'établissement, présenté et validé par le COMEDIMS, le COVIRIS et la CME

**ORGANISATION INTERNE**

Le pharmacien gérant et le responsable qualité sont les pilotes du processus et assurent le déploiement et la mise en œuvre des plans d'actions en collaboration avec un groupe de travail pluri-professionnel.

Le Responsable Qualité est nommé Responsable du Système de Management de la Qualité de la Prise en Charge Médicamenteuse (RSQM). Les fiches de missions sont formalisées.

Le groupe de travail CRP (commission des référents en Pharmacie) est composé des 2 pilotes, d'une préparatrice en pharmacie et d'un IDE de chaque unité de soins (référents) ; il se réunit tous les 2 mois et collabore avec le COMEDIMS qui se réunit deux fois par an. Le COMEDIMS a pour mission l'élaboration et la mise à jour du livret thérapeutique, l'amélioration de la qualité des prescriptions, la coordination de l'action des professionnels, la politique de réduction de la iatrogénie, le suivi des indicateurs et des évaluations.

Le groupe travaille également avec le CLIN dans le cadre du bon usage des antibiotiques.

La pharmacovigilance, suivie par le COVIRIS est assurée par le pharmacien nommé pharmacovigilant.

La politique d'amélioration continue de la qualité de la prise en charge médicamenteuse des patients au sein du CHIBS 2018-2022 et le circuit du médicament en secteur sanitaire décrivent l'engagement de la CME, les responsabilités des professionnels, la documentation et les ressources matérielles, les modalités de commande, d'achats, de stockage, de prescriptions, de dispensation et administration des médicaments ainsi que le dispositif d'évaluation du processus.

La permanence pharmaceutique est organisée.

Les besoins en formation des personnels sont identifiés et intégrés dans le plan de formation global de l'établissement.

Les procédures relatives au circuit du médicament sont formalisées et insérées dans la gestion documentaire informatisée.

La liste des médecins habilités à prescrire est formalisée et communiquée au pharmacien. Des outils d'aide à la prescription actualisés et validés à destination des professionnels sont en place : base Claude Bernard dans le dossier patient informatisé, livret thérapeutique des médicaments, livret d'antibiothérapie, livret des dispositifs médicaux, de la nutrition orale, entérale et parentérale.

Les locaux, les matériels et équipements sont à disposition des professionnels : sécurisation des locaux de soins, logiciels et équipements informatiques, matériels de stockage, de conservation et de transport des médicaments.

Le dossier du patient est informatisé et permet la traçabilité des actes des professionnels à toutes les étapes de la prise en charge médicamenteuse. L'accès est défini par profils métiers et est sécurisé par identifiant et mot de passe.

**D / METTRE EN ŒUVRE**

**MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE**

Les pilotes du processus, le groupe de travail, le COMEDIMS, les cadres des services, les préparateurs en pharmacie s'assurent de la mise en œuvre effective des procédures dans les services. Ils informent les professionnels des actions d'amélioration et des évaluations à mener. Le pharmacien sensibilise les professionnels à la déclaration des événements indésirables concernant les erreurs médicamenteuses.

Les professionnels participent aux actions d'évaluation et d'amélioration menées, notamment dans le



cadre des audits, CREX et EPP.

Les résultats des actions et leur suivi sont communiqués aux professionnels via les réunions de services, les affichages, les comptes rendus de réunions insérés dans le logiciel de gestion documentaire.

### DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les compétences sont à disposition pour garantir la continuité de la prise en charge médicamenteuse. L'équipe de la PUI se compose d'un pharmacien, de 3 préparateurs, d'une IDE et d'un comptable. Les professionnels de la PUI ont suivi des formations relatives à la conciliation médicamenteuse, à la lutte contre la iatrogénie.

Le pharmacien assure des actions de sensibilisation (3 en 2019) dans les services concernant les erreurs médicamenteuses, les never events, les médicaments à risques et les médicaments à circuit spécifique. Il dispense également des formations aux nouveaux professionnels et aux stagiaires.

Les procédures, modes opératoires, comptes rendus de réunions, résultats d'évaluations sont à disposition des professionnels dans le logiciel de gestion documentaire. Les documents sont connus des professionnels, actualisés et validés.

Les ressources matérielles mises à disposition sont en adéquation avec l'activité de l'établissement et permettent d'assurer le rangement, le transport, le stockage des médicaments en respectant les règles d'hygiène et de sécurité en conformité avec la réglementation.

Les locaux de la pharmacie ne sont pas accessibles en dehors de la présence du pharmacien. Chaque unité possède une dotation pour la continuité des soins permettant la garantie de la continuité du traitement 24h/24 en dehors des heures de présence du pharmacien. Le circuit du médicament est informatisé et des ordinateurs (fixes et mobiles) sont à disposition des professionnels.

### DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Les secteurs connaissent l'organisation définie et mettent en œuvre les protocoles et procédures établis pour le fonctionnement et la prise en charge médicamenteuse du patient.

La gestion du traitement personnel du patient est organisée ; le traitement personnel du patient est stocké à la PUI et restitué au patient lors de sa sortie en tenant compte des modifications apportées (conciliation de sortie).

Les règles de gestion de commande, de rangement, de transport et de stockage, de suivi des médicaments sont formalisées et respectées.

Les médicaments à risques sont listés et identifiés par une étiquette spécifique (AVK, anticoagulants oraux, never events, potassium, méthotrexate).

L'établissement assure une surveillance particulière pour les médicaments « à suivi spécifique », médicaments coûteux, d'utilisation rare, ou dangereux ; cette liste est évolutive.

La délivrance des médicaments à risque et à suivi spécifique est réalisée avec un double contrôle par les professionnels de la PUI.

Le circuit du médicament est totalement informatisé dans le logiciel dossier patient.

Le pharmacien dispose d'un accès aux résultats biologiques des patients ; l'analyse pharmaceutique est réalisée pour toutes les prescriptions et les avis sont tracés dans le dossier.

La dispensation est hebdomadaire et reglobalisée pour le service de Médecine et le SSR ; en USLD, la dispensation a lieu toutes les 3 semaines et est également reglobalisée. L'IDE du service signe la dispensation des stupéfiants et des médicaments à suivi spécifique.

Le transport des médicaments est effectué dans des armoires et containers sécurisés.

La chaîne du froid est respectée durant le transport. Les médicaments à conserver au froid sont rangés dans les unités de soins disposant de réfrigérateurs équipés de thermomètres ; la traçabilité de la température est réalisée par les professionnels quotidiennement.

L'entretien et le nettoyage des équipements sont programmés et protocolisés.

Les stupéfiants sont gérés conformément à la réglementation ; chaque unité dispose d'une dotation de stupéfiants prédéfinie.

Les médicaments sont stockés dans des locaux sécurisés, dans des chariots et des armoires fermés à clef.

Les chariots de médicaments possèdent un tiroir identifié par patient. L'identification du patient est réalisée avec une étiquette informatisée.

Une fois par semaine, l'IDE, remplit le tiroir de chaque patient suivant la prescription en cours et pour 7 jours ; les médicaments sont déposés dans les tiroirs selon la période matin, midi, soir et nuit et par plaquettes entières.

La concordance entre le contenu du tiroir et la prescription sont vérifiées au moment de l'administration. La validation de l'administration est réalisée en temps réel.

Toutefois, la sécurisation des médicaments n'est pas systématiquement garantie. Dans 2 unités et à 2 reprises, lors de l'administration et la réalisation conjointes d'un soin, l'IDE entre dans la chambre du patient, referme la porte et laisse le chariot de médicaments dans le couloir, d'une part, sans refermer le volet et d'autre part, sans surveillance et à disposition de visiteurs qui circulent dans le couloir.

L'information du patient, concernant son traitement et les modifications éventuelles, est réalisée par le médecin et les infirmières. La conciliation médicamenteuse est débutante. Une préparatrice en pharmacie participe au programme d'éducation thérapeutique développé dans l'établissement dans le cadre de la lutte contre la iatrogénie médicamenteuse sous forme d'interventions auprès du patient.

Les prescriptions d'antibiotiques sont réévaluées à 72h et la réévaluation est tracée.

L'établissement dispose d'un équipement de production d'oxygène sous la responsabilité du pharmacien, en collaboration avec la commission des gaz médicaux (sous commission du COMEDIMS). Les Locaux sont sécurisés et les procédures garantissent la continuité de la fourniture en oxygène.  
Le signalement des événements indésirables liés aux erreurs médicamenteuses est effectif.

## C / EVALUER

### EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'établissement assure régulièrement l'évaluation et le suivi de la mise en œuvre du processus de la prise en charge médicamenteuse du patient.

L'évaluation du processus est menée par la réalisation d'audits concernant le bon usage des antibiotiques, le rangement des produits pharmaceutiques dans les unités de soins, la conservation des produits thermosensibles. Un audit croisé interétablissement (GHT) est réalisé sur la totalité du circuit du médicament selon une grille élaborée par le groupe "commission des médicaments" du GHT.

L'établissement participe au recueil des indicateurs du CAQES et à la réalisation du plan d'actions prescrit par l'ARS en retour.

Les indicateurs nationaux sont recueillis et suivis par l'établissement.

Les événements indésirables (33 en 2018 et 10 en 2019) font l'objet d'un suivi et donne lieu à la réalisation de CREX (3 en 2018 , 1 en 2019) en interne et inter-établissements dans le cadre du GHT (1 en 2018).

## A / AGIR

### MISE EN PLACE DES ACTIONS D'AMÉLIORATION ET COMMUNICATION SUR LES RÉSULTATS

Les actions d'amélioration mises en œuvre sont intégrées et articulées avec le PAQSS de l'établissement.

Les plans d'actions sont réajustés au fur et à mesure de leur réalisation, validés par le COMEDIMS, le COVIRIS et la CME. La mise en place des actions d'amélioration est organisée par les pilotes et le groupe de travail, et relayée par les médecins, les cadres de santé et les professionnels de la PUI. Les résultats des évaluations sont communiqués aux professionnels lors de réunions d'équipe, par affichage et publiés dans le logiciel de gestion documentaire.